FACULTÉ MIXTE
de
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N° 76

"CONTRIBUTION à l'ETUDE du CANCER UTERIN EVOLUANT sur un PROLAPSUS GENITAL"

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

LE 13 JUILLET 1956

par

ANTOINE PAOLI
Né le 11 Novembre 1927 à Castellare-di-Casinca (Corse)
INTERNE DES HOPITAUX DE NICE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse : MM. CHOSSON, GRISOLI, PAOLI, SERMENT

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547010_0003

"CONTRIBUTION à L'ETUDE
du CANCER UTERIN EVOLUANT
sur un PROLAPSUS GENITAL"

FACULTÉ MIXTE
de
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE N°

"CONTRIBUTION à l'ETUDE du CANCER UTERIN EVOLUANT sur un PROLAPSUS GENITAL"

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

LE 13 JUILLET 1956

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

par

ANTOINE PAOLI
Né le 11 Novembre 1927 à Castellare-di-Casinca (Corse)
INTERNE DES HOPITAUX DE NICE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

MM. CHOSSON
GRISOLI
PAOLI
SERMENT

PERSONNEL ENSEIGNANT

Doyen : G. MORIN Assesseur : J. DELPHAUT

Professeurs honoraires :

MM. AUDIBERT, BELTRAMI, BREMOND, GABRIEL, HECKENROTH, JOYEUX, OLMER, RIMATTEI, ROCHE, MONGES.

PROFESSEURS

Anatomie	GRISOLI
Anatomie Pathologique	GASTAUT
Bactériologie et Pathologie générale	BRAHIC
Botanique et Cryptogamie	PELLISSIER
Cardiologie clinique et expérimentale	JOUVE
Chimie Médicale	DERRIEN
Chimie Analytique et Hydrologie	ARNOUX
Chimie	DUMAZERT
Clinique Chirurgicale	MOIROUD
Clinique Chirurgicale	CARCASSONNE
Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédique	SALMON
Clinique Chirurgicale Thérapeutique et Chirurgie expérim.	DE VERNEJOUL
Clinique Dermato-syphiligraphique	CHARPY
Clinique Exotique	BLANC
Clinique des Maladies du Système Nerveux	POURSINES
Clinique Médicale	MATTEI
Clinique Médicale	POINSO
Clinique Médicale Thérapeutique	OLMER J.
Clinique des Maladies des Voies digestives et de la Nutrition	RECORDIER
Clinique Médicale Infantile	GIRAUD
Clinique Neuro-chirurgicale	PAILLAS
Clinique Obstétricale et Gynécologique	CHOSSON
Clinique Ophtalmologique	JAYLE
Clinique Urologique	CHAUVIN
Histologie	PICARD
Hygiène et Médecine Sociale	SAUTET
Matière Médicale	BALANSARD
Médecine Légale et Médecine du Travail	MOSINGER
Parasitologie	RANQUE
Pathologie Interne	AUDIER
Pathologie chirurgicale	N...
Pharmacologie	MERCIER F.
Pharmacie Chimique et Toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie Galénique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physique Médicale	DUBOULOZ
Stomatologie	MARONNEAUD
Thérapeutique	PIERI
Professeur sans chaire	ROUX
Professeur sans chaire	DONNET

MAITRES DE CONFERENCES AGRÉGÉS

MM. BERNARD Pierre
BOURRET
DEPIEDS
DESANTI
GAMBARELLI
GREBUS
LISSITZKY
MERCIER J.
MOURGUE
PASTOR
PAYAN
TAMALET

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. APPAIX
BERNARD René
CHARPIN
CHAUVIN
CREMIEUX
DEVIN
GRANJON
LAVAL
METRAS
MONGES H.
MOUREN
OLLIVIER
ORSINI
OURGAUD
PAOLI
RAYBAUD
SERMENT

AGRÉGÉS LIBRES

MM. BERTHIER
DOR
FIGARELLA
HENRY
IMBERT
LAMY
LENA
VAGUE

Chargés des fonctions de Maître de conférences

Histologie ..... M. STAHL
Hygiène ..... M. GÉVAUDAN

A MES PARENTS,

dont les conseils et l'exemple m'ont toujours guidé.
Qu'ils trouvent ici la récompense des durs sacrifices qu'ils ont consentis et le témoignage de ma très grande affection.

A MES FRERES ET SŒURS, A MA COUSINE.

A TOUS MES PARENTS, AMIS ET CAMARADES D'INTERNAT.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,

Monsieur le Professeur CHOSSON.

Nous avons bénéficié de son enseignement. C'est avec beaucoup de bienveillance qu'il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre Thèse. Qu'il veuille bien croire à notre respectueuse gratitude.

A MESSIEURS LES MEMBRES DU JURY :

— *Monsieur le Professeur* PAOLI *: Il nous a inspiré le sujet de cette Thèse. Nous lui adressons nos plus sincères remerciements et l'assurons de notre profond respect.*

— *Monsieur le Professeur* GRISOLI,

— *Monsieur le Professeur* SERMENT,

Nous les remercions de l'honneur qu'ils nous font.

A NOS MAITRES D'INTERNAT DES HOPITAUX DE NICE :

— *Monsieur le Docteur DAVEO, gynécologue-accoucheur en chef des Hôpitaux de Nice ;*
Nous avons suivi son précieux enseignement pendant plus de deux ans. Qu'il veuille bien accepter avec ce modeste ouvrage la profonde reconnaissance de son élève, et l'assurance de son fidèle et respectueux attachement.

— *Monsieur le Docteur CIAUDO, gynécologue-accoucheur des Hôpitaux de Nice ; en remerciement de la sollicitude et de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignées.*

— *Monsieur le Docteur AUDOLY, médecin des Hôpitaux.*

— *Monsieur le Docteur GUIRAN, médecin des Hôpitaux.*

— *Monsieur le Docteur LAPEYRE, médecin des Hôpitaux.*

— *Monsieur le Docteur GASIGLIA, chirurgien des Hôpitaux.*

— *Monsieur le Docteur NICOLAS, chirurgien des Hôpitaux.*

— *Monsieur le Docteur PRAT, chirurgien des Hôpitaux.*

INTRODUCTION

La fréquence avec laquelle le cancer fixe sa localisation sur le col utérin est connue. Cette question a fait l'objet d'innombrables travaux, elle a été l'ordre du jour du Congrès Français de Chirurgie de 1955 et elle continue à susciter l'intérêt des Médecins et Gynécologues du monde entier.

Cela se comprend aisément quand on sait la gravité de cette affection qui, même diagnostiquée au stade initial (stade I de la classification de Genève), et confiée aux mains les plus expérimentées, est encore grevée d'une lourde mortalité. (La statistique de l'Organisation Mondiale de la Santé publiée en 1949 précise que sur 3.856 malades traitées pour Epithélioma du col au stade I : 40,4 % des femmes sont mortes avant les cinq ans imposés par les organismes statistiques officiels). Les chiffres font de cette maladie un véritable fléau social contre lequel la lutte doit être menée d'une façon rationnelle et systématique.

Nous voudrions, dans ce modeste travail, essayer de nous pencher sur une forme clinique un peu spéciale des cancers du col; nous voulons parler de ceux qui évoluent sur un prolapsus génital.

La coexistence d'un Epithélioma du col et d'un prolapsus extériorisé est, en général, considérée comme très rare si l'on en juge par les observations publiées jusqu'ici dans la littérature médicale.

Deux points font l'intérêt de la question :

a) Tout d'abord, le très petit nombre de cas observés. A quoi cela tient-il ? Si l'on arrivait à découvrir la raison pour laquelle ce cancer est si rare, peut-être en tirerait-on des déductions intéressantes concernant la genèse du cancer du col en général ?

b) Il y a ensuite le problème thérapeutique : il s'agit de traiter deux affections totalement différentes. La présence de l'une ne va-t-elle pas être un obstacle au traitement de l'autre ?

Disons tout de suite que les différents auteurs ont délibérément fait passer au premier plan de leurs préoccupations le problème du cancer, et nul ne saurait les en blâmer.

Cependant, le prolapsus est une infirmité suffisamment affligeante pour justifier de son côté une thérapeutique qui tentera d'en amener la guérison.

Avec les moyens dont nous disposons actuellement, il paraît possible de guérir et l'un et l'autre.

Nous avons analysé les tentatives qui ont été faites pour parvenir à ce résultat, en nous basant sur les divers documents consultés à cet effet.

ÉTIOPATHOGÉNIE

Nous allons passer rapidement en revue les principaux facteurs capables de provoquer ou, du moins, de favoriser l'apparition d'un prolapsus d'une part, d'un néo d'autre part.

Le prolapsus : se développe petit à petit grâce à une lésion ou à un affaissement des moyens de soutènement du tractus utéro-vaginal.

L'accouchement au premier chef joue un rôle important, surtout quand le dégagement de la tête et des épaules entraîne des lésions plus ou moins compliquées du périnée. Chez les multipares la commissure vulvaire est souvent béante et, pour certains, c'est une des conditions favorables à l'installation du prolapsus.

La dystrophie fibro-musculaire semble jouer de son côté un rôle non négligeable dans certains cas. Elle permettrait d'expliquer que la ptose utérine survienne après un seul accouchement d'apparence normal. BOUILLY avait vu, dans ce fait, la manifestation d'un trouble de la nutrition des tissus, se caractérisant par une dystrophie polymorphe : traits ridés, peau flasque, paroi abdominale lâche, estomac ptosé, rein mobile, intestin atone. RICHELOT parlait de neuro-arthritisme; les causes d'affaiblissement de l'organisme, surmenage, misère, maladie, favorisent l'apparition de cet état spécial.

Enfin, la sénilité, qui se traduit souvent par un amaigrissement, pourrait être un des facteurs du prolapsus en raison de l'atrophie du plancher périnéal dont elle s'accompagne. Cette dernière notion étiologique est à rapprocher de la précédente. Nous citerons simplement les malformations congénitales qui permettent d'expliquer certains prolapsus chez des vierges (laxité des moyens de suspension de l'utérus — surtout des ligaments ronds — atrophie du plancher périnéal).

En ce qui concerne le Cancer du Col, la question est beaucoup plus complexe. Cependant, là aussi, on admet le rôle prédisposant de l'accouchement.

D'après Maliphant, le risque de Cancer du Col est infime chez la vierge (un

pour 21.000); chez la femme mariée, la proportion descend à un pour 6.500; et chez celle qui a eu au moins un accouchement, elle passe à un pour 1.500.

D'autre part, Gagnon, au terme d'une enquête effectuée auprès des religieuses du Canada, conclut que si le fibrome est fréquent, le cancer du col est extrêmement rare dans cette catégorie de femmes; il y voit la preuve du rôle important que jouent la grossesse et l'accouchement (ou l'avortement) dans la genèse du cancer du col.

Ces faits servent de base aux partisans de la :

Théorie irritative. — Pour eux, l'accouchement ou l'avortement provoquent souvent des déchirures du col qui, mal ou pas soignées, laissent une cervicite qui passe à la chronicité. Les sécrétions pathologiques du col seraient un facteur susceptible de favoriser la dégénérescente maligne de la cervicite. Il ne s'agit évidemment que d'une hypothèse, mais qui a son importance si on l'envisage du point de vue de la prophylaxie du néo du col. D'ailleurs Gagnon signale que, pendant 17 ans, il n'a jamais vu de dégénérescence maligne chez 4.000 femmes traitées pour cervicite.

Théorie Hormonale. — Certains auteurs ont voulu faire jouer aux hormones un rôle important dans la genèse du cancer. Pour eux, l'épithélium cervical serait particulièrement réceptif aux effets des œstrogènes au cours de la gestation, d'autant plus que ceux-ci sont considérés comme « l'hormone de croissance » de l'épithélium du col.

A côté de ces deux théories on doit mentionner celle de Ayre. — Celui-ci, en se basant sur les travaux expérimentaux de Brunelli, pense qu'en cas de cervicite chronique on note une hyperœstrogénie localisée au col utérin. D'autre part, il prétend avoir démontré l'existence d'une hypovitaminose B (thiamine, riboflavine) chez les malades atteintes de cancer du col. Cette hypovitaminose, selon lui, entraînerait un trouble de la fonction hépatique qui se traduirait par une insuffisance du métabolisme de désintégration des œstrogènes endogènes, et donc une augmentation de la quantité des œstrogènes sanguins. Cette hyperœstrogénie générale favoriserait la greffe sur le col utérin d'un processus malin.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il est difficile d'avoir des certitudes. Cependant, du point de vue théorique, il serait séduisant de penser que les prolapsus utérins extériorisés constituent un terrain favorable à l'éclosion d'un cancer.

En effet, un col prolabé se rencontre, nous l'avons dit, essentiellement chez des multipares dont le col a subi le contre-coup néfaste des actions hormonales au cours de la grossesse et les séquelles de l'accouchement — si l'on en croit les partisans de cette théorie —; d'autre part, ce même col présente souvent des lésions d'origine mécanique dues au frottement (« ulcérations de décubitus » des auteurs américains, fausses érosions par déhiscence de l'épithélium cervical, cervicite chronique).

Ces lésions favoriseraient l'apparition de l'épithélioma si l'on en croit les adeptes de la théorie irritative.

L'étude historique et statistique va nous prouver qu'il n'en est rien et que l'association Cancer du Col - Prolapsus est loin d'être chose courante.

HISTORIQUE

L'étude bibliographique de la question relate environ 150 cas dont 107 auraient été publiés. (Notre étude porte sur 52 observations françaises et étrangères; il nous a été impossible de trouver trace des autres.)

La première observation de Cancer du Col sur Prolapsus a été communiquée en 1862 par Weinlecher. Peu après, en 1880, Fritsch insistait sur la rareté de cette association et écrivait : « Chose étrange, l'utérus prolabé semble presque immunisé contre le cancer. »

Quelques auteurs, Corscaden, Faulkner, Douglas et Frank, ont confirmé cette opinion.

En 1937, Delvaux s'est livré à de nombreuses investigations en Europe auprès de ses confrères. Brouha, Forgue, Gosset, Grégoire, Hartman, Hamant (de Nancy), Lejars, Leriche, Pauchet, Menge, Schröder, Weibel, Sebrechts, Sellheim, n'en avaient jamais vu. J.-L. Faure était le seul à en avoir observé quatre cas.

En 1932, Guthrie et Bache aux Etats-Unis, menant une enquête identique, interrogent 48 chirurgiens et gynécologues américains, et reçoivent 28 réponses négatives (dont celles de Novak, Auspach, Piper, Montgomery). Onze auteurs en avaient observé un cas, et quatre deux cas.

Guthrie et Bache en concluent qu'il s'agit d'une affection exceptionnelle : 2 % des cancers du col et 0,17 % des prolapsus totaux. Dans un travail récent (paru en 1954) Funk-Brentano, Robert et George, apportent leur statistique concernant 32 prolapsus totaux rencontrés en clientèle hospitalière pour une période déterminée. Ils signalent quatre cas de cancer du col, soit environ 12 % des prolapsus du troisième degré. Un autre cas a été fourni par la clientèle privée de l'un d'eux. Ce pourcentage est assez important. Tout différent est l'avis

de Emmert et Taussig qui, étudiant dix cas de prolapsus extériorisé, constatent un cancer du col associé dans quatre cas (soit 40 % des prolapsus). Ce pourcentage est beaucoup plus important encore que le précédent.

Nous empruntons au travail présenté par Fobe et Thiery les conclusions concernant l'association Prolapsus - Cancer du Col par rapport au nombre de cancers, et celles concernant l'association prolapsus - cancer du col par rapport au nombre de prolapsus. Elles ont l'avantage d'être basées sur un très grand nombre de cas :

1° — Association Prolapsus - Cancer du Col par rapport au nombre de cancers du col :
17 pour 8.111, soit 1 sur 400.

2° — Association Prolapsus - Cancer du Col par rapport au nombre de prolapsus :
22 pour 5.286, soit 1 sur 252.

Ces chiffres témoignent bien de la rareté de cette association pathologique. Pourquoi le cancer du col ne se développe-t-il pas plus souvent sur un col prolabé ?

DISCUSSION DE L'ÉTIOLOGIE

Un certain nombre d'hypothèses ont été avancées pour essayer de justifier la rareté de l'association cancer du col - prolapsus. Voici les principales :

1°) **L'évacuation des sécrétions par drainage :** il est possible que le prolapsus entraînant le col à l'extérieur, celui-ci soit moins soumis à l'influence des sécrétions vaginales qui sont d'ailleurs moins abondantes et, en tout cas, spontanément drainées. L'irritation chimique est diminuée d'autant, mais on doit cependant tenir compte du fait que les femmes atteintes de prolapsus s'entourent de soins hygiéniques bien plus assidus qu'auparavant. Meigs aurait constaté que le cancer du col se voit plus volontiers chez les gens qui, de par leur extraction, ne pratiquent pas une hygiène intime correcte et ce serait là un argument de nature à confirmer ce qui précède.

2°) **L'atrophie de l'organe prolabé qui s'oppose à l'infection :** c'est l'avis de Grégoire et Savariaud. Selon eux, c'est l'infection qui préparerait la greffe épithélio-mateuse. Or, ces cols irrités mécaniquement ne seraient pas infectés. Pour d'autres, cette façon de voir les choses prête à critique, car s'il est exact que le corps utérin est atrophié dans nombre de cas de prolapsus totaux, on constate par contre assez souvent un allongement hypertrophique du col. Même dans le cas où l'épithélioma est atrophié, certains auteurs pensent que cet état constitue un terrain propice pour l'infection, comme cela peut se voir en dehors de la période de maturité sexuelle, avant la puberté et après la ménopause.

3°) **Les modifications de la vascularisation avec hyperhémie constante.** Selon Leriche la stase veineuse et la congestion locale s'opposent, dans une certaine mesure, au développement du cancer.

4°) **La Kératinisation de l'organe prolabé :** la muqueuse cervico-vaginale s'épaissit et on constate une hyperkératose et une hyperacanthose.

L'hyperkératose de la muqueuse formerait une véritable « cuirasse » s'opposant au développement du cancer. Cette opinion ne rallie pas l'unanimité puisque certains auteurs, comme Emmert, Taussig et Matzloff, considèrent cette kératinisation comme un état prénéoplasique.

D'après Ayre, l'épithélium pavimenteux, à la limite de la lésion cancéreuse du col chez une femme ménopausée, cet épithélium est épaissi et kératinisé.

5°) **L'âge de la malade :** « ce qui explique probablement la rareté relative de la dégénérescence épithéliale au niveau du col prolabé », écrit Forgue, « c'est que très souvent nous avons affaire à des femmes âgées, en tout cas ayant franchi les deux grandes décades de fréquence maxima du cancer du col utérin ».

L'épithélium, concluent Guthrie et Bache, ne se développe pas facilement sur des tissus secs, atrophiques et scléreux. En général, on considère que, dans la majorité des cas, l'épithélioma du col survient avant la ménopause, entre 35 et 45 ans. Cependant, si l'on en croit certaines statistiques récentes, comme celles de Way et Rendelstein, le cancer du col serait particulièrement fréquent entre 60 et 70 ans.

Une statistique de 500 cas d'épithélioma du col recueillis à la Clinique Gynécologique de l'Université de Gand montre que 65,6 % avaient atteint la cinquantaine.

Alves de Lima et de Guanieri Netto ont constaté une similitude frappante entre l'âge de deux groupes de malades, les unes atteintes de prolapsus, les autres de néo du col. Les courbes sont presque superposables. Et ces auteurs pensent que les données classiques concernant l'âge des malades atteints de néo du col mériteraient sans doute d'être reconsidérées.

6°) **L'épithélioma du col peut empêcher le prolapsus** en fixant l'utérus par son extension aux paramètres.

7°) **D'après certains auteurs, comme Guthrie et Bache,** il arrive que des malades soient opérées d'un néo du col avant que le prolapsus ait pu se produire.

On pourrait donc en conclure que l'absence d'irritation chimique, la kératinisation locale de l'épithélium cervical, et l'âge des sujets, sont des facteurs qui, dans une certaine mesure, rendent compte de la rareté de l'association de ces deux maladies; mais, en réalité, la plupart des auteurs ne voient pas d'explication plausible.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous rappellerons brièvement les différents types de cancer que l'on peut rencontrer sur le col.

1°) **En général, on a affaire à un épithélioma pavimenteux,** plus ou moins modifié par les altérations histologiques inhérentes aux lésions mécaniques que l'on observe dans les prolapsus.

a) Epithélioma pavimenteux stratifié spino-cellulaire ou épidermoïde, formé de cordons de cellules épidermiques anastomosées irrégulièrement et qui subissent une transformation cornée.

b) Epithélioma pavimenteux stratifié baso-cellulaire, constitué par des tubes épithéliaux unifiés et anastomosés. On n'observe pas de transformation cornée.

c) Formes intermédiaires plus ou moins atypiques.

2°) **Parfois, on se trouve en présence d'un épithélioma cylindrique.**

Deux formes : épithélioma typique glandulaire — épithélioma atypique ou adénome malin.

Exceptionnellement, on peut avoir affaire à d'autres formes, par exemple un sarcome ou, dans le cas de Paalman et Counseller, à un épithélioma spino-cellulaire associé à un adénocancer du type cylindrique.

Funk-Brentano et certains auteurs américains signalent des cas d'épithélioma « in situ », mais avec les réserves qui s'imposent étant donnée la difficulté qu'il y a à interpréter de telles images, même sur un col en place.

CLINIQUE

Cliniquement, le néo du col sur prolapsus se manifeste par des signes communs à tous les cancers du col. Il est arrivé que le cancer soit une découverte faite à la suite d'une biopsie systématique chez une malade venue consulter pour un prolapsus devenu très gênant, ou encore sur une pièce d'hystérectomie.

Mais, dans la plupart des cas, il s'agit de malades porteuses d'un prolapsus très ancien dont elles s'étaient jusque là accommodées. La raison qui les pousse à consulter est en général l'apparition de petites hémorragies, parfois de pertes simplement rosées, mais qui se reproduisent régulièrement.

La malade, au début, ne s'en inquiète pas outre mesure, car à l'origine de ces pertes sanglantes, il y a souvent une vieille ulcération qui, jusqu'à présent, ne donnait aucun signe d'évolution et paraissait très banale.

Parfois, cependant, cette ulcération se montre d'emblée suspecte, dure au toucher, mal limitée, et saignant facilement au moindre contact.

Rarement, on se trouve en présence d'une tumeur végétante (cas de Fobe et Thiery).

Si le cancer est massif, à point de départ endocervical, le col peut être hypertrophié globalement, dur, plus ou moins béant. L'introduction prudente d'une pince dans le canal cervical provoque un suintement sanglant.

Il importe de mettre immédiatement en œuvre tous les moyens propres à confirmer le diagnostic.

Souvent, la lésion est évidente et la biopsie apporte simplement des renseignements d'ordre histologique.

Beaucoup plus intéressants à considérer sont les cas où l'on a affaire à des altérations discrètes de l'épithélium cervical. Il faudra toujours les rechercher systématiquement et faire la preuve de leur non malignité. Les examens cytologiques répétés et confiés à des anatomo-pathologistes exercés nous y aideront, ainsi que la biopsie faite de part et d'autre de la ligne unissant l'endocol et l'exocol, ou même dans l'endocol. On aura parfois la chance de détecter un cancer au tout début, « in situ », c'est-à-dire à un stade où le traitement est particulièrement efficace. Nous insisterons sur la difficulté qu'il y a quelquefois à interpréter les lames ou les biopsies, en cas de prolapsus total car l'épithélium du col subit du fait de sa situation extérieure des modifications considérables (leucoplasie, hyperkératose, hyperacanthose) qui peuvent être faussement interprétées comme témoignant d'une dégénérescence alors qu'il n'en est rien, et inversement.

Enfin les examens tels que l'hystérographie, la cervico-graphie, le curetage biopsique, pourront être d'un grand secours. En tous cas, toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'un prolapsus à traiter chirurgicalement, on devra s'assurer par tous les moyens que le col est indemne de toute lésion suspecte, surtout si une opération de Le Fort est envisagée. Nous citerons ici le cas d'une malade, vue au Centre Anticancéreux de Marseille par M. le Professeur PAOLI : elle présentait un néo du col qui avait évolué quelque temps après un cloisonnement

vaginal réalisé pour guérir un prolapsus; outre les difficultés rencontrées pour faire le diagnostic, aucune thérapeutique efficace n'a été possible à cause de l'intervention chirurgicale antérieure, celle-ci ayant supprimé toute voie d'abord directe du col.

Une fois posé le diagnostic, on devra essayer de préciser le degré d'extension du néoplasme et faire le bilan des lésions associées (salpingite, pyométrie). L'extension vers le vagin est facilement décelable; par contre, il sera souvent difficile d'affirmer l'envahissement de la vessie ou du rectum ainsi que des ganglions. L'infiltration des paramètres entraîne l'irréductibilité du prolapsus. Il semble que les métastases à distance ou pelviennes de ce cancer soient très rares, mais, par contre, les phénomènes inflammatoires pelviens concomitants sont fréquents et il est bon d'en faire le bilan exact de manière à éviter une flambée aiguë après traitement radiothérapique.

En outre, l'existence de lésions annexielles importantes associées sera susceptible de faire choisir au chirurgien une technique opératoire différente.

PRONOSTIC

Les observations publiées permettent de penser que le pronostic de ce cancer est assez bon.

On a invoqué comme explication l'âge des malades; celles-ci ayant des tissus scléreux et atrophiques, le néo s'étendrait difficilement. D'autre part, les élongations vasculo-lymphatiques, inhérentes au prolapsus, en favorisant la stase lymphatique, gêneraient la greffe à distance des cellules cancéreuses. Les cas cités dans la littérature, ceux du moins qui ont été publiés, font état de survie qui atteignent 10 et 17 ans.

En outre, on a constaté l'efficacité des agents physiques quand on les a utilisés sur la tumeur ou sur une récidive. Mais les observations que l'on possède sont trop incomplètes pour que l'on puisse se faire une idée exacte sur la survie enregistrée après traitement des néo du col sur prolapsus.

TRAITEMENT

Nous en arrivons maintenant au chapitre le plus important, celui du traitement.

Quelles sont nos possibilités thérapeutiques devant un cancer du col évoluant sur un prolapsus ?

Nous envisagerons d'abord les moyens qui sont à notre disposition et ensuite la façon dont ils ont été utilisés dans les cas publiés.

LES MOYENS :

A. - Les moyens permettant d'agir sur le processus cancéreux :

1° La Chirurgie :

Les premières tentatives thérapeutiques se sont appuyées sur elle et remontent très loin. Nous citerons ce que disait Soranus d'Ephèse qui vivait sous le règne de Trajan : « S'il y a sphacèle de la partie de l'utérus qui fait saillie au dehors, on peut la réséquer avec l'instrument tranchant; si la totalité de l'utérus est sphacélée, on peut enlever celui-ci dans sa totalité ».

En 1862, Weinlecher écrasait le col. Ricolli le sectionnait à l'anse galvanique, Schroëder, Muller, Benik et Kurts en pratiquaient l'amputation au bistouri.

A ces techniques, fait suite l'hystérectomie vaginale, peu choquante, réalisable sous anesthésie locale elle permettrait la cure du cancer et du prolapsus.

L'hystérectomie vaginale élargie vers les paramètres permettrait mieux que la précédente l'ablation du tissu cellulaire des ligaments larges (et éventuellement des ganglions).

Dans certains cas, on peut faire une hystérectomie totale abdominale, simple ou élargie, ou même une colpo-hystérectomie; celle-ci permet l'exérèse large du vagin, de l'utérus et des annexes, ainsi que le curage des ganglions pelviens et iléo-pelviens. Cependant, c'est une opération très grave étant donné l'âge souvent avancé des malades et d'autre part on s'expose à de grosses difficultés techniques en cas de prolapsus irréductible.

Plus récemment, des techniques moins mutilantes ont été proposées : l'amputation conoïde du col et l'hystérectomie totale inter-annexielle quand il s'agit d'un néo au stade 0 (Funk-Brentano).

2° Les agents physiques :

— la diathermocoagulation : on la citera pour mémoire car elle est pratiquement abandonnée. Elle est utilisée accessoirement pour détruire les lésions volumineuses qui gênent la mise en place des appareils radifères.

— la rœntgenthérapie : elle peut être transcutanée ou endovaginale. Elle n'a été utilisée seule que dans des cancers très évolués et n'a donné aucun résultat. On l'associe en général à la curiethérapie.

— la curiethérapie : elle est employée soit par des applications à la surface de la tumeur, soit par des applications intra-utérines; les irradiations se font en

une période unique (cinq à sept jours) ou, au contraire, en plusieurs fois (irradiations étalées sur plusieurs semaines).

3° **Les agents chimiques :**

On veut surtout parler de la moutarde à l'azote, utilisée dans des néo très avancés, là où les agents physiques et la chirurgie n'ont donné aucun résultat.

B. - Les moyens permettant de réaliser la cure du prolapsus :

1° **Les opérations par voie haute :**

Théoriquement, on peut envisager :

— les ligamentopexies;

— les ventrofixations;

— les hystérectomies : elles seront toujours associées à un autre temps.

2° **Les opérations par voie basse :**

— la classique périnéorraphie antérieure et postérieure avec myorraphie des releveurs;

— la triple opération périnéale (Magendie, Boursier et Sentenac, de Bordeaux).

Le temps antérieur reconstitue le point de résistance antérieur en remontant la vessie et en réalisant une cystoplastie avec réfection du col à la Marion.

Le deuxième temps réalise une amputation du col avec décollement de la muqueuse vaginale postérieure et prise en masse des ligaments utéro-sacrés et du tissu cellulaire avoisinant; ainsi se trouverait reconstitué le point de résistance supérieur.

Le troisième temps ou temps postérieur reconstitue le point de résistance postérieur par une colpopérinéorraphie classique avec rectorraphie postérieure.

Cette technique permet la surveillance du col ou de ce qui en reste (dans une observation de ces auteurs, un néo diagnostiqué après l'intervention a pu être traité par mise en place de radium « in situ »).

— l'opération de Manchester-Fothergill :

Elle comporte une réduction de la cystocèle, une amputation du col, la plicature antérieure des paramètres et une colpopérinéorraphie postérieure.

— l'interposition vésico-vaginale de l'utérus. On peut effectuer :

soit une vagino-fixation,

soit une vésico-fixation,

soit une interposition vésico-vaginale (Watkins, Wertheim-Schauta).

L'utérus, après cœliotomie antérieure, est basculé en avant et supporte la vessie sur sa face postéro-supérieure; sa face antérieure est suturée à la face antérieure du vagin. Les récidives ne sont pas exceptionnelles (observation). Kjelland a complété cette technique en y ajoutant la décortication du col.

— l'hystérectomie vaginale isolée : elle est très souvent pratiquée. Nous en reparlerons plus loin.

— l'opération de Ward-Mayo :

Elle comporte une hystérectomie vaginale avec vésico-fixation et colpopérinéorraphie postérieure. Les résultats obtenus seraient satisfaisants.

Desmarets en 1920, Bergeret en 1932 et Rouhier en 1940, ont préconisé l'hystérocolpectomie (par voie vaginale).

— La technique de Rouhier comprend :

1er temps : une colpectomie;

2me temps : une hystérectomie vaginale;

3me temps : une plastie périnéo-vulvaire avec myorraphie des releveurs.

Le vagin est ainsi transformé en une colonne de soutènement constituée par l'accollement de la vessie au rectum, et capable de résister à la poussée des viscères pelviens (la mortalité serait nulle pour la statistique de Rouhier). Cette technique n'est applicable que chez les femmes ayant renoncé à toute activité sexuelle.

3° **Les opérations associant la voie haute et la voie basse :**

Si la colpopérinéorraphie postérieure et antérieure est l'opération de base de la chirurgie périnéale chez la femme, elle n'est pas suffisante dans les gros prolapsus totaux. Eventuellement, on peut la compléter par une fixation utérine faite par voie abdominale avec, le cas échéant, une oblitération du cul-de-sac de Douglas et même du cul-de-sac vésico-utérin (c'est la triple opération de Walther).

Ayant envisagé séparément les moyens susceptibles d'être utilisés pour traiter le cancer d'une part et le prolapsus de l'autre, nous allons maintenant passer en revue la façon dont ils ont été employés dans le cas particulier de cette association pathologique.

Nous avons recherché dans la littérature médicale les différents cas de néo du col sur prolapsus génital du troisième degré qui ont été publiés; nous en avons trouvé quarante-huit auxquels s'ajoutent quatre observations qu'ont bien voulu nous communiquer M. le Professeur PAOLI, MM. les Docteurs DAVEO et PRAT de Nice.

Auteurs	Age de la malade	Biopsie	Traitement	Résultats	
				Néo	Prolapsus
ASHTON (1948)	74	EOA végétant spino-cellulaire (stade 3)	Rx : 4 000 r Radium	Extension à la vessie et au rectum : mort.	
	47	EOA baso-cellulaire	Radium : 48,80 mg Hystérectomie (3 mois après)	Récidive sur le dôme vaginal six ans après (radium)	Vagin en position normale.
BOUKALIK (1921)	33	EOA spino-cellulaire	Radium : 50 mg sur le col+50 mg intracervical (19 heures)	Guérison vérifiée en : 1925 - 1930 - 1932	Prolapsus non influencé.
BRADY (1934)	65	EOA spino-cellulaire	Colpohystérectomie	Guérison	Guérison.
COSTANTINI et MONTEIRO (1923)	55	EOA spino-cellulaire	Colpohystérectomie (annexes laissées en place)	Bon état général 17 mois après	« Le vagin restant prolabé encore légèrement, mais la malade vaque à ses occupations. »
EMMERT et TAUSSIG (1933)	64	Gomme syphil. dégénérée: EOA	Hystérectomie vaginale	10 mois plus tard récidive du néo sur le vagin, radium	
	76	EOA pavimenteux	Rx Radium Hystérectomie vaginale		
	74	EOA spino-cellulaire	Hystérectomie vaginale		
	42	Pièce opératoire: EOA baso-cellulaire	(Mal. opérée 15 ans avant de prolapsus : récidive totale actuelle). Hystérectomie vaginale+périnéorraphie	Va bien un an après.	

Auteurs	Age de la malade	Biopsie	Traitement	Résultats	
				Néo	Prolapsus
FOBE et THIERY (1955)	81	EOA épidermoïde	Radium : 24,3 MCD (canal cervical et cavité utérine) 48,6 MCD (col et culs-de-sac) en 40 jours	« Col normal 6 semaines après »	« Disparu un mois après. »
				3 ans après : ni néo, ni prolapsus.	
FOX (1927)	?	EOA stade II	Radium	Mort peu après.	
FRANKL	?	Néo + Prolapsus (pas d'autre renseignement)			
FUNK-BRENTANO (1954)	47	EOA baso-cellulaire	Colpohystérectomie ROUHIER	« Etat entièrement satisfaisant depuis 1951. »	
	69	EOA « in situ »	Colpohystérectomie ROUHIER	« Malade revue en bon état en 1953. »	
	67	EOA endocervical baso-cellulaire	Colpohystérectomie élargie vers paramètres (annexes laissées en place)	« Etat satisfaisant dix mois après l'opération. »	
	64	EOA cervical baso-cellulaire	Colpohystérectomie ROUHIER	« Malade perdue de vue, mais vivante en 1953. »	
	67	EOA spino-cellulaire	Hystérectomie vaginale (annexes laissées en place)	« Pas de nouvelles. »	
GUNSETT et RITTER (1934)	?	EOA	Rœntgenthérapie 6 000 r en trois semaines	Guérison (confirmée par biopsies successives)	La réduction du prolapsus s'est maintenue.
HARVEY et RITCHIE (1943)	?	EOA	Radium Hystérectomie vaginale		

Auteurs	Age de la malade	Biopsie	Traitement	Résultats	
				Néo	Prolapsus
HEIDLER (1932)	62	EOA envahissant le cul-de-sac antérieur	Hystérocolpectomie élargie type Wertheim	?	?
	56	EOA	Hystérectomie vaginale	?	?
	68	EOA	(Femme déjà opérée de prolapsus par interposition vésico-vaginale; mais récidive). Hystérectomie vaginale	?	?
HŒGLER (1928)	47	EOA spino-cellulaire (diagnostic post-opératoire)	Hystérectomie vaginale avec exérèse ganglionnaire. Colporraphie antérieure et postérieure Rx: 1928 - 1931	Aucune récidive.	
(1928)	52	EOA baso-cellulaire (métastase ganglionnaire paramètre gauche)	Wertheim + colpectomie partielle		
(1930)	40	EOA spino-cellulaire	Wertheim Rx: 1930 - 1931	R.A.S.	R.A.S.
(1931)	55	EOA spino-cellulaire	(Contre-indication opératoire : diabète) Radium : 36 mg (en trois séances) Rx: 1931	Nettoyage du néo	Radiodermite du vagin.
(1931)	60	EOA baso-cellulaire	Hystérectomie vaginale Rx: 1931 - 1932		Persistance de la cystocèle.
JEAN et VILLECHAISE (1925)	?	EOA spino-cellulaire	Hystérectomie		

Auteurs	Age de la malade	Biopsie	Traitement	Résultats	
				Néo	Prolapsus
KRAUL	67	EOA baso-cellulaire	Hystérectomie vaginale élargie	?	?
MAC LEOD (1922)	72	EOA	Hystérectomie vaginale	Guérison clinique. Malade décédée en 1924 d'une cardiopathie.	
(1914)	53	Ulcération du col : EOA non vérifié par biopsie.	Plastie périnéale en 1914+ventrofixation	Malade décédée en 1917 de Carcinomatose pelvienne.	
MAGENDIE (1955)	50	EOA « in situ » (Diagnostic fait après intervention)	Triple opération périnéale+amputation du col. Le 12e jour: radium	Apparemment guéri	Guérison.
MATYAS (1930)	25 vierge	EOA (a déjà subi une amputation du col)	Amputation de la tumeur bourgeonnante au niveau de l'hymen	?	Guérison.
NICHOLSON (1927)	?	EOA	Radium + hystérectomie	« L'auteur pense que l'hystérectomie prophylactique en cas d'ulcération est excessive. »	
PAALMAN et COUNSELLER (1943)	67	Association d'E O A spino-cellulaire et d'adénocancer du type cylindrique (cylindrome)	Hystérectomie vaginale. Cure rectocèle et cystocèle	« Bonnes suites opératoires. »	
PERCIVAL (1938)	72	EOA au début	Hystérectomie vaginale	Malade sortie en bon état.	
	80	EOA stade I	Hystérectomie vaginale	La malade sort un mois après de l'Hôpital.	
	58	EOA végétant	Reposition s/s A. Gle. 54,40 mg de Radium (3 applications)	Apparemment guéri	Guérison.

Auteurs	*Age de la malade*	*Biopsie*	*Traitement*	*Résultats*	
				Néo	*Prolapsus*
Professeur PAOLI (1930)	60	EOA spino-cellulaire	Août 1930 : Radium (sur le col + intracavitaire). Hystérectomie vaginale en Décembre 1930	Guérison clinique de 4 ans. Malade décédée métastase ganglionnaire pelvienne en 1934	Persistance de la cystocèle.
Drs DAVEO et PRAT (1953)	63	EOA spino-cellulaire	Rx: 5 000 r en 2 champs antérieur et postérieur. Radium: 50 mg. Rx préopératoire en Novembre 1954 (un an de retard): 10 000 r en 4 champs. Janvier 1955 : hystérectomie vaginale + colpectomie subtotale + périnéorraphie postérieure	Malade revue en Mars 1956 : Bon état général et local.	
Dr PRAT (1954)	67	EOA intermédiaire	Rx : 4 000 r (en 2 champs). Radium : 50 mg. Novembre 1954 : Hystérectomie vaginale avec colpectomie subtotale	Mai 1956 : Guérison clinique.	1956 : ptose du dôme vaginal restant.
Dr PRAT (1954)	59	EOA au stade 0	Hystérocolpectomie totale avec périnéorraphie postérieure très étendue (voie périnéale et abdominale)	Janvier 1956 : Guérison clinique.	1956 : guérison.
SCHEFFEY (1933)	56	EOA intermédiaire avec kératinisation	Radiothérapie	Mort en Avril 1933	Le traitement radiothérapique avait permis la réduction du prolapsus.
(1932)	64	Pièce opératoire: adénocarcinome + fibromyome	Hystérectomie vaginale + colpopérinéorraphie antérieure et postérieure	Métastase un an après: Rœntgenthérapie.	

Auteurs	Age de la malade	Biopsie	Traitement	Résultats	
				Néo	Prolapsus
(1927)	50	EOA de l'endocol au début	Amputation du col. Colporraphie antérieure et postérieure. 1 mois après: Radium 3 tubes de 50 mg. Hystérectomie totale abdominale	Guéri en 1933.	
STRAUSS (1936)	66	EOA baso - cellulaire, avec hyperacantose	Hystérectomie vaginale	Apparemment guéri un an après	Dôme vaginal en place. Fistule vésico-vaginale.
SZENDI (1942)	66	Pièce : EOA du col + annexite bacillaire	Hystérocolpectomie par voie vaginale avec plastie périnéale	Guérison	Guérison.
TODD (1935)	41	EOA cylindrique étendu au cul-de-sac gauche (début clinique en fin de gestation)	Hystérectomie vaginale Radium : 27 mg Rx : 3 000 r	Décédée 11 mois après de métastase abdominale (pas de récidive locale)	Vagin sténosé.
(1936)	62	EOA spino-cellulaire	Radium : 34 mg	Aucune récidive un mois après	Reste entier; on envisage une opération de Le Fort.
VIOLET (1933)	?	EOA au début	Hystérectomie + Colpopérinéorraphie antérieure et postérieure		
WEIBEL (1931)	62	EOA propagé au cul-de-sac antérieur	Hystérectomie vaginale. Rœntgenthérapie sur le petit bassin: 6 champs de 600 r	R.A.S.	Cystocèle comme une mandarine. Vagin fermé en cul-de-sac.
WEIBEL (1931)	40	EOA spino-cellulaire	Radium Avril 1931 : 21,40 mg col et vagin Rœntgenthérapie : 2 champs de 650 r Radium Mai 1931 : 20,24 mg Rœntgenthérapie : 4 champs de 650 r	Guérison clinique	Atrésie des culs-de-sacs; col sclérosé et fixé.

RÉSUMÉ DES TRAITEMENTS APPLIQUÉS CHEZ CES MALADES

I. — **Hystérectomies :**

Hystérectomies vaginales	9 cas
Hystérectomies vaginales élargies	4 »
Colpohystérectomies par voie vaginale (type Rouhier)	5 »
Hystérectomies totales abdominales	2 »

II. — **Hystérectomies associées à un autre acte thérapeutique :**

Hystérectomie + agents physiques (Rx, Radium, ou les 2 associés)	10 »
Hystérectomie + plastie périnéale	6 »
Hystérectomie + agents physiques + plastie périnéale	3 »

III. — **Traitement par les agents physiques exclusivement :**

Rx exclusivement	5 »
Radium exclusivement	5 »
Rx + Radium	3 »

IV. — **Divers :**

Amputation de la tumeur au niveau de l'hymen	1 »
Amputation du col + radium + périnéorraphie	1 »
Plastie périnéale + ventrofixation (diagnostic méconnu)	1 »

COMMENTAIRE .

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de ces observations cliniques ?

Disons tout de suite que leur nombre n'est pas assez important, les détails donnés trop imprécis, et le recul de temps insuffisant pour nous permettre d'en tirer des déductions valables. Cependant, il reste possible de se livrer, du moins sur le plan théorique, à quelques réflexions.

Le problème du cancer, d'une façon générale, a polarisé sur lui les efforts des médecins et cela est compréhensible car il s'agit d'un problème vital.

Mais, si la présence du néo constitue le point essentiel, le prolapsus de son côté ne doit pas être négligé car il rend très pénible l'existence de ces malades; or, dans de nombreuses observations, il n'y est même pas fait allusion, à moins que le traitement des deux affections n'ait été réalisé suivant le même principe, à savoir l'hystérectomie systématique (pratiquée une vingtaine de fois).

Il faudrait ici nous demander quelle est sa valeur en tant que traitement de cancer du col quand elle est pratiquée à l'exclusion de toute autre thérapeutique.

Longtemps, elle a rallié de nombreux suffrages, mais actuellement on considère qu'elle connaît des indications précises qui sont fonction, en particulier, du stade d'évolution de l'épithélioma et de l'état de l'utérus. Certains auteurs, comme Funk-Bruntano, n'hésitent pas à la recommander quand on a affaire à des néo au stade 0, alors que d'autres préconisent dans ce cas la biopsie-exérèse ou les agents physiques. Il nous est impossible de juger des résultats qu'elle a donnés car la majorité des auteurs n'ont pas précisé s'il s'agissait de néo au début ou en pleine évolution.

De toute façon, même en admettant que l'ablation de l'utérus constitue le traitement idéal du cancer du col — **ce qui reste à prouver** — les résultats sur le prolapsus sont loin d'être démonstratifs: un certain nombre d'arguments plaident contre cette intervention quand elle est destinée à traiter la ptose utérine, car elle supprime l'effet sans s'attaquer à la cause.

A. — Des arguments d'ordre anatomique :

Si, dans les éléments qui constituent la masse prolabée, il y a l'utérus, il y a aussi la vessie et le rectum. On est souvent surpris de constater combien la matrice tient peu de place dans un énorme prolapsus; et une hystérectomie n'empêchera pas la colpocèle et la rectocèle de persister et de s'accentuer.

B. — Des arguments d'ordre pathogénique :

Nous ferons ici un petit rappel des formations anatomiques qui assurent la statique utéro-vaginale. Envisageons tout d'abord les ligaments dits « suspenseurs » : ils comprennent les ligaments ronds, les ligaments larges, et un certain nombre d'éléments convergeant vers le col qui représente ainsi la clé de voûte du système.

— En arrière : les ligaments utéro-sacrés.

— Latéralement : l'aileron utérin de la gaine hypogastrique (ou ligament de Mackenroth).

— En avant : la partie antérieure des lames sacro-recto-génito-pubienne.

Cet ensemble forme le « rétinaculum utéri » ou « ligament cardinal de Kock ». Sa suppression dans l'hystérectomie prive les viscères pelviens d'un point d'attache efficace et aggrave le prolapsus.

Insistons également sur le rôle important du plancher pelvien dans la statique utérine, sur les conséquences néfastes qu'entraîne toute lésion à ce niveau et sur la nécessité de reconstituer une bonne sangle périnéale si l'on veut obtenir un bon résultat.

C. — Des arguments d'ordre expérimental :

Nous voulons parler des prolapsus survenant après une hystérectomie. Les observations en sont nombreuses (Thèse de Ferrand, Marseille, 1942) et ont même fait l'objet de discussions à la Société de Chirurgie de Paris.

Ainsi, des raisons anatomiques, pathogéniques et expérimentales montrent que l'hystérectomie exécutée isolément ne suffit pas à amener la guérison d'un prolapsus génital du troisième degré : elle supprime l'isthme utérin, cette clé de voûte où convergent, comme nous l'avons dit plus haut, tous les éléments de soutien du système génital et les suites opératoires se traduisent même assez souvent par une aggravation de l'état antérieur.

Aussi, certains auteurs ont réalisé des interventions susceptibles de pallier aux critiques suscitées par l'hystérectomie.

1. — C'est ainsi que, dans cinq cas, ont été pratiquées des colpohystérectomies à la Rouhier (Funk-Bruntano, Prat). L'intervention est en général très bien supportée par la femme âgée, on peut à la rigueur la faire sous anesthésie locale, et d'autre part, on peut attendre d'elle un bon résultat en ce qui concerne le prolapsus (l'anatomie l'explique facilement).

2. — D'autres chirurgiens, après avoir enlevé l'utérus, ont procédé à une colpo-périnéorraphie antérieure et postérieure, afin de corriger rectocèle et cystocèle et de fournir un plancher solide aux viscères pelviens (6 cas de Paalman et Counseller, Szendi, Scheffey, Emmert et Taussig).

On notera que ces auteurs se sont attachés à traiter le prolapsus par des moyens particuliers.

3. — Si nous poursuivons la lecture de notre tableau, nous constatons que dans une dizaine de cas le but recherché a été de renforcer l'action anticancéreuse en associant à l'hystérectomie un traitement par les agents physiques (Rx, Radium, ou les deux simultanément), ceux-ci précédant ou suivant l'acte opératoire (Todd, Emmert et Taussig, Harvey et Ritchie, Hœgler, Webel). Cette association est satisfaisante pour l'esprit puisqu'elle permet — du moins théoriquement — d'éliminer les cellules néoplasiques qui auraient pu résister au traitement radiumthérapique et envahir les ganglions lymphatiques.

Ici aussi aucune conclusion ne peut être tirée car on possède peu de renseignements sur les conditions dans lesquelles ont été posées les indications, et sur les résultats obtenus. Cependant, des cancérologues se demandent si l'hystérectomie complémentaire est vraiment capable d'améliorer les résultats obtenus par la seule radiothérapie.

4. — Quittant maintenant le domaine de la chirurgie isolée ou associée, nous en arrivons aux malades qui ont bénéficié des seuls agents physiques (10 cas).

Quelques précautions sont nécessaires avant de commencer le traitement; on devra s'assurer de l'intégrité des annexes et du corps utérin.

Les Rx sont utilisés en un champ très localisé sur le col. Les phénomènes de congestion s'atténuent et permettent parfois la réintégration d'un prolapsus jusque là irréductible.

On passe alors au traitement curiethérapique.

Cette méthode a des avantages évidents. D'une part, elle est facilement supportée par les malades, et d'autre part, elle aurait permis dans certains cas, comme nous allons le voir, la cure du prolapsus. On a expliqué ce dernier fait par l'influence des Rx et du Radium qui déclencheraient un processus de sclérose rétractile et d'adhérences pelviennes fixant l'utérus aux tissus environnants (Hœgler, Gunsett et Ritter, Hahn et Haway, 1943).

Deux cas ont été publiés :

— celui de Boukalik (1921) où le néo traité uniquement par du radium a été complètement guéri (guérison vérifiée à différentes reprises : 1925, 1930, 1932). Le prolapsus, par contre, n'a pas été influencé.

— celui de Fobe et Thiery (1953) : un épithélioma bourgeonnant du col traité par curiéthérapie de 40 jours a vu la guérison du cancer et la disparition du prolapsus (résultat de trois ans).

— Une autre observation, que nous n'avons pas pu retrouver, fait état d'une survie de 17 ans.

5. — Nous citerons à part le cas de Magendie : il s'agissait d'une malade qui avait subi une amputation du col avec périnéorraphie (triple opération périnéale).

L'examen de la pièce a révélé, quelques jours après, un épithélioma au début.

Le douzième jour, on a fait une application de radium sur le moignon cervical restant.

Cette observation montre une fois de plus la nécessité de faire la biopsie systématique des cols prolabés et témoigne des surprises auxquelles on s'expose.

6. — En terminant la revue de ces quelques observations, nous voudrions donner quelques détails sur le cas que mon Maître, M. le Professeur PAOLI, a d'ailleurs publié dans le bulletin de la Société de Chirurgie de Marseille de 1933.

Il s'agissait d'une femme de soixante ans qui présentait depuis un an des métrorragies : l'examen montre une infiltration localisée au col et qui se révèle être un épithélioma spino-cellulaire.

Le traitement a été entrepris avec l'idée suivante :

— chercher à cicatriser la tumeur par le radium,

— une fois ce résultat obtenu, traiter chirurgicalement le prolapsus.

Donc, la curiethérapie a été réalisée, par des applications en surface d'abord, puis par une application intra-utérine de cinq jours en août 1930.

L'ulcération guérit complètement, puis apparaissent des pertes fétides dûes à un sphacèle de la muqueuse utérine, complication rare de la curiethérapie des cancers du col. La persistance des pertes justifie une hystérectomie vaginale. L'examen de la pièce montre la disparition du néoplasme et l'étendue du sphacèle à la totalité de la cavité utérine. Cette malade a été revue à différentes reprises; la guérison clinique a été maintenue pendant près de quatre ans. En 1934 : apparition d'une métastase ganglionnaire pelvienne qui a entraîné la mort. Il nous a paru utile d'insister sur cette observation car l'auteur y fait des

remarques concernant les particularités que présente la curiethérapie d'un néo sur prolapsus.

« La curiethérapie du cancer de l'utérus prolabé se présente sous un aspect particulier. Il faut choisir entre les applications extérieures, à la surface de la tumeur, et considérer alors le cancer du col comme une tumeur cutanée, ou l'application intra-utérine, qui, du fait de la béance de l'utérus et de l'infection secondaire, peut entraîner des complications analogues à celles qui se sont produites dans notre cas. »

Ici, le but recherché au départ n'a pu être atteint, mais l'auteur pense que l'idéal du traitement devant semblable tumeur doit être « d'essayer de la guérir par le radium et secondairement d'envisager le traitement chirurgical du prolapsus. En cas d'échec ou de complications, l'hystérectomie vaginale sera alors une ressource précieuse. Elle permet d'obtenir un résultat appréciable, mais elle a l'inconvénient de laisser persister la cystocèle. »

CONCLUSIONS

De notre modeste contribution à l'étude du cancer utérin évoluant sur un prolapsus, nous tirerons les conclusions suivantes :

1°) Il s'agit d'une association pathologique rare :

— par rapport au nombre de cancer du col, on la trouve seulement 1 fois sur 400 (17 pour 8.111);

— par rapport au nombre de prolapsus, 1 fois sur 252 (22 pour 5.286).

On peut expliquer cette rareté de deux façons :

a) les conditions particulières dans lesquelles se trouve le col (drainage des sécrétions, soins hygiéniques assidus, kératinisation) s'opposeraient dans une certaine mesure à l'éclosion d'un cancer;

b) il s'agit de deux maladies différentes et elles sont très rarement associées parce que le traitement de l'une supprime les conditions nécessaires à l'apparition de l'autre :

— une malade traitée pour épithélioma du col a peu de chances de développer ultérieurement un prolapsus, car la rétraction des tissus consécutive au cancer ou au traitement radiothérapique, s'oppose à la chute de l'organe;

— inversement, une femme atteinte de prolapsus, à laquelle on fait une amputation du col ou une hystérectomie, voit disparaître les possibilités d'évolution d'un cancer cervical.

2°) Etant donné qu'il s'agit d'une affection rare, il est difficile de fixer par des documents précis une doctrine indiscutable sur la meilleure conduite à tenir dans des cas semblables.

En effet, sur les 48 observations étrangères que nous avons retrouvées dans leur texte d'origine, et dans celles que nous avons apportées, on compte :

— 7 guérisons qui, pour le moment, sont inférieures à cinq ans; les résultats étant trop récents sont difficiles à retenir.

— 3 guérisons supérieures à cinq ans (11 ans, 6 ans et 6 ans); leur nombre est trop petit pour nous permettre une étude sérieuse au double point de vue : pronostic de la tumeur et guérison du prolapsus.

3°) L'objectif essentiel est évidemment la guérison de la tumeur, et c'est celui qui doit être recherché en premier lieu. Mais on doit se préoccuper de la qualité de la guérison, c'est-à-dire chercher si, soit immédiatement, soit secondairement, on doit envisager le traitement du prolapsus.

4°) Les traitements qui conservent en place l'utérus (agents physiques) paraissent à priori préférables. Leur valeur est prouvée par un certain nombre d'observations :

— celle de Boukalik (1921);

— celle de Fobe et Thiery (1955).

5°) Les traitements chirurgicaux par l'hystérectomie ont, par contre, l'inconvénient de rendre très difficile le traitement du prolapsus; on ne peut les concevoir que si leur supériorité sur les autres est indiscutable, ce qu'on ne peut pas établir par nos observations.

6°) La prophylaxie de cette double affection :

a) Il est absolument nécessaire de traiter le plus tôt possible et très énergiquement toutes les lésions inflammatoires du col de quelque nature qu'elles soient.

b) Il faut mettre en œuvre tous les procédés de diagnostic susceptibles de faire la preuve des lésions rencontrées sur les cols prolabés. Les frottis et la biopsie systématique permettent parfois de déceler un cancer au début.

c) En ce qui concerne le traitement des prolapsus, on doit éviter autant que possible les méthodes qui ne permettent pas la vérification constante du col et le dépistage d'une complication qui, quoique rare, demeure possible. (Les observations de M. le Professeur Paoli et de Magendie sont très démonstratives à ce sujet.)

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers Condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

BIBLIOGRAPHIE

AHUMADA (I.C.). — Communication personnelle.

ALLEN (E.), GARDNER (W.V.). — Cancer Research I, 359 - 1941.

ALVES de LIMA, de GUANIERI (Netto). — An. da Clin. Gin. da Faculta de Med. da Universidad de S. Paulo, 4 - 115 - 1950-1951.

ANDREWS (H.L.). — Proc. Roy. Soc. Med. London, Sect. Obst. and Gyn., 5-16, 1922-1923.

ANDREWS (M.R.). — Proc. Roy. Soc. Med., 3 - 161, 1909-1910.

ANTOINE. — Weibels Lehrbuch dei Franenheilkunde, p. 94. Urban and Schwarzenberg, Wien, 1949.

ASHTON. — Am. Journal Obst. and Gyn. 55 - 299 - 1948.

ASHTON. — Assises Françaises de Gynécologie, juillet 1954.

AYRE. — Am. Journ. Obst. and Gyn. 54 - 363, 1947.

BACKER. — Arch. für Gyn. 53 - 47, 1897.

BAUER et FOX. — Arch. Path. 1945 - 39 - 96.

BASDEN. — Carcinoma of vagina complicating a complete procidentia. « Proceedings of the royal Society of Medecine London. 1937 - 30 - 1483-1484.

BISKIND. — In R.S. Harris and K.V. Thimann : lVtamins and hormones, New-York, Academie Press 1946, vol. 4, p. 147/185.

BISSEL. — Dans J.A. Mc Glinn : Am. J. Obst. and Gyn. 14 - 626 - 1927 (discussion).

BIELECKI. — Patologia Polska (Oct.-Déc. 1953, 4, n° 4, 297-318).

BOUKALIK. — Am. J. Obst. and Gyn. 27 - 620 - 1934.

BRADY. — Am. J. Obst. and Gyn. 30 - 277, 1935.

BROUHA. — Cité par Delvaux.

BRUNELLI. — Arch. Internat de Pharmacodyn. et de Thérapie, 49 - 295, 1934.

CLOVIS SALDACO. — Cit. par Dutra.

COHEN, MARRIAN, WATSON. — The Lancet, I - 674, 1935.

COSTANTINI et MONTEIRO. — Bill. Soc. d'Obst. et de Gyn. 12 - 298, 1923. (Cancer du col associé à un prolapsus total).

CORSCADEN. — Gynécologie Cancer, Thomas Nelson and Sons, New-York, 1951.

COSBIE. — Am. J. Obst. and Gyn. 63 - 108, 1952.

CROSSEN (M.S.), CROSSEN (R.J.). — Operative Gynecology, Mosby compt. St-Louis, 1948, p. 136.

CROSSEN (R.J.), LŒB. — Arch. Path. Chicago, 37 - 202, 1944.

CROSSEN (R.J.), WULFF (J.L.). — Am. J. Obst. and Gyn 37 - 849, 1939.

CULLEN. — Cancer of the uterus, Appleton and C°. New-York. 1900.

DEELMAN. — Cité par M.S. Crossen, « Diseases of Women », Mosby compt. St-Louis, 1944.

DELVAUX. — « Résistance du col au cancer dans le prolapsus total de l'utérus », Bruxelles Médical, 1931, vol. II, p. 325.

DUTRA. — Prolapsus utérin et cancer du col. Observation. Rev. de Obstetricia y Genecologia Latino-America, 1944, 2 - 350-370.

EMMERT (F.V.), TAUSSIG. — Am. J. Obst. and Gyn. 28 - 521, 1934.

EDWARDS et BEEBE. — « Carcinoma of the in association with Procidentia ». Quart. Bull. North Wertern Univ. M. School. 24 - 12-13.

FAULKNER (R.L.), DOUGLAS. — Essential of obstetrical and gynecological Pathology. Mosby Compt. 1949, p. 88, fig. 61.

FOBE et THIERY. — « Epithelioma du col utérin et prolapsus ». Gynaecologia. Juin 1955, 139, n° 6, p. 329 à 346.

FORQUE. — Cité par Delvaux.

FRANK. — Gynecological and obstetrical Pathology, Appleton and Compt. New-York, 1931, p. 162.

FOSSEL. — Zentralbl. f. Path. u. anat. 1935, 62 - 149.

FRITSCH. — Die Lapeveränderungen der Gebärtmutter. Bilbroth und Pitha. Handbuch der allgemi und Speziellen Chirurgie, Bd IV, Abt. A, Abschn, 9, 1880.

FUNK-BRENTANO, ROBERT et GEORGE. — « Cancer du col utérin et Prolapsus extériorisé. » Presse Médicale, 10 avril 1954, p. 62, n° 26.
GAGNON. — Am. J. Obst. and Gyn. 60-516, 1950.
GARDNER, ALLEN. — Yale j. Biol. and Med. 12, 213, 1939.
GEIST, SALMON. — Am. j. Obst. and Gyn. 41-29, 1941.
GILDER, HOAGLAND. — Proc. Soc. Exp. Biol. and Med. 61, 62, 1946.
GLASS, EDMONDSON. — Endocrinology, 27-749, 1940.
GOSSET. — Cité par Delvaux.
GREENE, PECKAM. — Am. J. Obst. and Gyn. 54-611, 1947.
GUNSETT et RITTER. — Bull. Sté Radiologie Méd. de France (janvier 1934), p. 205. — Résumé : J. de Radiologie et d'Electrologie, T. 18, 1934.
GUTHRIE et BACHE. — Annals of Surgery, 96-796, 1932.
HAHN. — Dans Ashton. Am. J. Obst. and Gyn., 55-301, 1948.
HALBAN. — Réf. Zentralbl. Gynäk. 48, 1924.
HAMANT. — Cité par Delvaux.
HARVEY et RITCHIE. — « Radiology », 41-48, 1943.
HEIDLER. — Zentralbl. für Gyn. 57-2941, 1933.
HOEGLER. — Arch. für Gyn. 150-135, 1932.
JAILER. — Communication personnelle.
JAILER. — Cancer, 2-98, 1949.
JUDD. — Cité par Guthrie et Bache.
KEZMARSZKY. — Cité par Bäcker.
KIEHGINA. — Cancer utérin sur prolapsus. Akoutsch. Gin. (Moscou). Mai, juin 1953, n° 3, 79-80.
KIMBROUGH. — Dans Scheffey (discussion).
KLAWE. — Polski Tygodink Le Karski, 1947, 2, 536-538.
KRAUL. — Zentralbl. f. Gyn. 53-2104, 1929.
KURTZ. — « Uber Carcinom am prolabierten uterus. » Inaug. Diss. verbag von Frantz Pietzcker. Tübingen, 1894.
LAHM. — Cité par Hoegler.
LEJARS. — Cité par Delvaux.
LERICHE. — Cité par Delvaux.
LOMBARD, POTTER. — Cancer, 3-960, 1950.
LUMIERE. — Cité par Delvaux.
MAC GLINN. — Am. J. Obst. and Gyn. 1927, 14, 626.
MAC DONALD. — Proc. Staaf Meet. Mayo Clinic, 1946, 21-416.
MAC LEOD. — British M. J., 2-12, 1926.
MAGENDIE, LEGER, KOLENC et GEORGES. — « Epithélioma intraépithélial du col sur prolapsus génital du III• degré. » Bordeaux Chirurgical, janvier 1955, n° 1, page 30.
MALIPHANT. — British Med. J., p. 978, june, 4, 1949.
MARTZLOFF. — Bull. Johns Hopkins Hosp. 34-141, 1923.
MARTZLOFF. — Am. J. Obst. and Gyn. 24-57, 1932.
MATYAS. — Zentralbl. für Gyn. Vol. IV, p. 2739, 1931. Abstract J. Am. Cancer, 1932.
MAYER. — Cité par Kurtz.
MEIGES. — Surg. Gyn. and Obst. 90-135, 1950.
MEIGES. — Congrès Int. Jubil. Sté Fce de Gyn. Exp. Scient. Fce. Edition Paris, 1951.
MEIGES. — Communication personnelle.
MENGE. — Cité par Delvaux.
MILLER, PYBUS. — Path. and Bact. 54-155, 1942.
MONTEIRO da BARROS et ROCHA. — Revista de Gyn. et Obst. 1946, 2, 234-243.
NEUWEILER. — Handbook of Gynaecological Diagnosis, p. 184. W. Heinemann Med. Books Ltd London, 1952.
NICHOLSON E. — Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. 17-117, 1928.
NOBREDA et REBELLO Da CUHNA. — Prolapsus utérin et cancer du col. Rev. Hosp. Na. Sa. Parecida, janvier, mars 1948, I-49.
NORRIS. — Cité par Guthrie et Bache.

OLIVERA (de C.A.B.). — Cancer d'un col restant prolabé. Rev. de Gyn. et Obst. 1948, I-220-223.
PAALMANN et COUNSELLER. — Am. J. Obst. and Gyn. 1949, 58-184-187.
PAUCHET. — Cité par Delvaux.
PELTIER DE GUEIROS. — Cité par Dutra, cité par Alvès de Lima.
PERCIVAL. — Am. J. Obst. and Gyn. 35-710, 1938.
POMTOW. — « Carcinoma uteri prolapsi », Inaug. diss. Berlin, 1893.
RENDELSTEIN. — Wiener Med. Ws ch. 103-295, 1953.
ROTHMAN, RAPOPORT, DAVIDSOHN. — Am. J. Obst. and Gyn. 62-160, 1951.
SCHEFFEY. — Am. J. Obst. and Gyn. 28-214, 1934.
SCIPIADES. — Archiv. für Gynek. 1936, 162 (425-466). — Magyar Orvosi Arch. 1936, 37, 238-366.
SANTIAGO PINEDA. — Les prolapsus génitaux. Le cancer du col associé au prolapsus total de la femme âgée. Mem. Ass. Etra. 1952, n° 145, p. 28.
SCHMIDT. — Monatschr. f. Geburtsch und Gyn. 7/506, 1898.
SCHRŒDER. — Cité par Delvaux.
SEBRECHTS. — Cité par Delvaux.
SEGALOFF. — « Endocrinology », 34-346, 1944.
SELLHEIM. — Cité par Delvaux.
SILVIO SERTA. — Cité par Dutra.
SINGHER, KENSLER, TAYLOR, RHOADS, UNNA. — J. Biol. Chem. 154-79, 1944.
SMITH. — Am. J. Obst. and Gyn. 41-424, 1941.
SMITH, GRAVES et PEMBERTON. — Am. J. Obst. and Gyn. 17-669, 1929.
STARR. — Voir Guthrie and Bache (discussion).
STONE et MAUSEL. — « Obst. and Gyn. » 1955, n° 2, 198-200.
STRAUSS. — Am. J. Obst. and Gyn. 32-1068, 1936.
SYMEONIDIS. — Communication personnelle.
SZENDI. — 2 blatt für Gyn. 6 mars 1943, 67, n° 70, 455-458.
TODD. — Proc. Roy. Soc. Med. of Obst. and Gyn. 30-1343 (1937).
TRUELSEN. — « Cancer of the uternie cervise. » Rosekilde and Bagger Copenhagen, 1949, p. 248, 51.
VINEBERG. — J. Mt Sinaï Hosp. 10-33, 1943.
WAY. — Maliphant Disease of the female Genitale Tract. P. 63. The Blakiston Comp. Philadelphie, 1951.
WEIBEL. — Voir Högler.
WEIBEL. — Ref. Dtsch Med. Wschr. 57, 1931.
WEINER, BURKE, GOLDBERGER. — 61-418, 1951.
WILLIAMS. — Cancer of the uterus. The Harveian Lectures for 1886. London 1888, p. 19.
WICKAM. — Rev. Méd. Française, juillet 1944, n° 7, 110-112.
WOLLNER. — Surg. Gynec. and Obst. 68-147, 1939.

MARCEL CIAIS, Imprimeur, 28, rue Gioffredo à Nice